



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 1987

Therapieerfolg von Methadonpatienten mit unterschiedlicher Indikation

Erlanger, Albert ; Haas, Henriette ; Baumann, Irène

Abstract: 38 Patienten aus Methadonprogrammen im Kanton Zürich und ihre Betreuer wurden interviewt. Wir versuchten einen Zusammenhang zwischen diagnostischen und anamnestischen Kriterien zum Behandlungserfolg herzustellen. Die Resultate ergaben, dass wir keine solchen leicht messbaren Variablen fanden, die sich zur Indikationsstellung eigneten. Hingegen konnten wir mit guter Signifikanz beweisen, dass die Parameter der laufenden Behandlung, wie Abstinenz, Behandlungsmotivation und Beziehung zwischen Betreuer und Patient den Behandlungserfolg weitgehend bestimmen.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-96774>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Erlanger, Albert; Haas, Henriette; Baumann, Irène (1987). Therapieerfolg von Methadonpatienten mit unterschiedlicher Indikation. Drogalkohol, 11:3-15.

Therapieerfolg von Methadonpatienten mit unterschiedlicher Indikation

Eine empirische Vergleichsstudie

Albert ERLANGER*, Henriette HAAS**, Irène BAUMANN***

Zusammenfassung

Mit dem Ziel, die Relevanz von Indikationskriterien der Methadonbehandlung zu überprüfen, wurden 38 Patienten aus Methadonprogrammen im Kanton Zürich und ihre Betreuer interviewt. Die Daten geben keine Hinweise auf anamnestiche oder diagnostische Kriterien, die den Behandlungserfolg wesentlich determinieren. Auch die Bedeutung des früher geltenden Indikationskriteriums, nämlich des vorgängigen stationären Behandlungsversuchs, wird durch die Befunde relativiert. Hingegen zeigte sich, dass die Parameter der laufenden Behandlung, wie Abstinenz, Behandlungsmotivation und Beziehung zwischen Betreuer und Patienten, für den Behandlungserfolg bedeutsamer sind. Aufgrund dieser Ergebnisse lässt sich eine Lockerung der Indikationskriterien ins Auge fassen bei Beibehaltung der bisherigen Durchführungsbedingungen, vor allem eines festen therapeutischen Settings mit kontrollierter Abgabe und regelmässigen Begleitgesprächen.

Einleitung

Voraussetzungen der Methadonbehandlung

Als im Kanton Zürich vor rund zehn Jahren nach der Revision des Betäubungsmittelgesetzes Versuche mit der Methadonerhaltungsbehandlung gemacht wurden, führte man aus guten Gründen verschiedene restriktive Kriterien für die Indikation zur Behandlung ein. Diese Kriterien schreiben vor, dass ein potentieller Methadonpatient mindestens 23 Jahre alt sein, an einer mehrjährigen schweren und chronifizierten

* Leitender Arzt des Drop-in «Züri Oberland» und des Psychiatrischen Zentrums in Wetzikon (Wissenschaftlicher Leiter der Studie)

** Klinische Psychologin am Drop-in Zürich (Zuständig für Statistik und Versuchsplan, Interviewerin)

*** Psychologiestudentin (Interviewerin)

Die vorliegende Arbeit konnte nur dank der Bereitschaft einerseits der Patienten, anderseits ihrer Betreuer sowie der Indikationsärzte und Hausärzte realisiert werden. Ihnen allen sei für ihr spontanes Engagement, ihre Offenheit und all ihre Mühe herzlich gedankt.

Heroinsucht leiden und schon mehrere erfolglose stationäre Behandlungen versucht haben müsse.

Die anfänglichen Erfolge von Dole und Nyswander (1965) mit dem Methadonprogramm beruhten auf ähnlichen Einschränkungen in der Auswahl der Patienten. Spätere Erfahrungen aus den USA mit den Folgen von allzu freizügiger Handhabung der Methadonabgabe (Weppner 1973) belegen eindrücklich die Gefahr, dass die Behandlung zu einem weiteren gesundheitsschädigenden Agierfeld des Süchtigen entarten kann.

Die Langzeitbehandlung der Patienten in den Zürcher Programmen verläuft ebenfalls in einem klar strukturierten Abgabesetting, kombiniert mit wöchentlichen Urinkontrollen und einer therapeutischen Begleitung in Form von regelmässigen Gesprächen (Gmür 1981, Bundesamt für Gesundheitswesen 1984).

Heutige Praxis der Methadonindikation

Unter dem Druck der zunehmenden Verbreitung der Heroinsucht in der Agglomeration Zürich ist in den letzten Jahren die Methadonbewilligung jedoch in Ausnahmefällen auch an Patienten erteilt worden, die nicht alle der genannten Kriterien erfüllten. Die Bewilligungspraxis einiger Ärzte erlaubte die Umwandlung vieler Übergangsindikationen in Langzeitbehandlungen, die erstaunlicherweise sehr gute Therapieerfolge für sich in Anspruch nehmen können (Baur 1983). In anderen Fällen von schwerer mehrjähriger Heroinsucht wurde auf die Erfahrung stationärer Entzugsbehandlung verzichtet, etwa bei Schwangerschaft oder schwerer Depression des Patienten.

Der Therapieerfolg dieser Methadonpatienten ist Gegenstand der vorliegenden Untersuchung. Dabei steht die Frage im Vordergrund, ob die Methadonbehandlung in begründeten Fällen auch als Erstbehandlung indiziert sein kann oder ob sich dies auf die Rehabilitationschancen des Patienten ungünstig auswirkt. Die Einschätzung der Faktoren, die eine solche Ausnahme rechtfertigen, beruhte bisher einzig auf der Erfahrung des Indikationsarztes und des Betreuers. Diese Arbeit hat somit beträchtliche Relevanz für die Praxis, liefert sie doch erstmals klare und fundierte, wissenschaftlich abgesicherte Angaben darüber, wie solche Abweichungen von der Indikationsregel zu beurteilen sind.

Vergleichende Untersuchungen im Ausland

In den USA gelten meistens weniger strenge Indikationskriterien als im Kanton Zürich. Den Patienten wird die Wahl der ersten (und auch der folgenden) Behandlungen üblicherweise freigestellt. Dabei wurden im Vergleich zwischen Methadonbehandlung und stationärer Behandlung in therapeutischen Gemeinschaften folgende Ergebnisse erzielt:

Nach McLellan und Mitarbeitern (1984) scheint der allerwichtigste Faktor für den Erfolg jeder vom Patienten selbst gewählten Heroinsuchtbehandlung deren möglichst lange Dauer (mehrere Jahre) zu

sein. Für das Ziel der Drogenfreiheit drei Jahre nach Beendigung des Programms fanden Sells und Simpson (1980) einen höheren Prozentsatz an sehr guten Therapieerfolgen in therapeutischen WGs (37 %) als in Methadonprogrammen (30 %). Wurden jedoch die sehr guten und die mittelguten Therapieerfolge zusammen betrachtet, erzielten die Methadonprogramme höhere Erfolgswerte (55 %) als die therapeutischen Gemeinschaften (53 %). Das Verhältnis dieser Prozentwerte verschiebt sich noch einiges deutlicher zugunsten der Methadonbehandlung, wenn die Patientengruppen statistisch vergleichbar gemacht werden. Zu einem ähnlichen Resultat gelangten auch Bale und Mitarbeiter (1980), die heroinsüchtige Veteranen nach einem Zufallsverfahren (Randomisierung) verschiedenen Behandlungsarten zugewiesen hatten. Nach einem Jahr Behandlungszeit schnitten die Patienten in therapeutischen WGs bezüglich aller kontrollierten Variablen (Kriminalität, Drogenfreiheit, Arbeitsfähigkeit) ein wenig, aber nicht signifikant besser ab als die Methadonpatienten. Jedoch wurde die Methadonbehandlung von signifikant mehr Patienten akzeptiert und durchgehalten.

Für die Prognose des Behandlungserfolgs scheint nach McLellan (1984) auch das Ausmass der Störung des Patienten wichtig zu sein. Bei mittelschwer und leichter gestörten Patienten erzielten Methadonprogramm und therapeutische WGs ähnliche Behandlungserfolge. Für die Gruppe der schwerer gestörten (antisoziale, psychotische, suizidale) Patienten erwies sich das Methadonprogramm als mässig erfolgreich, während die therapeutischen WGs bei dieser Gruppe in aller Regel nicht nur unwirksam waren, sondern sogar eine deutliche Verschlechterung ihrer sozialen Anpassung hinsichtlich Drogenmissbrauch, Kriminalität und Arbeitsfähigkeit erzeugten.

Manche Kritiker der Methadonbehandlung sprechen den Befunden der Untersuchungen aus den USA ihre Gültigkeit für mitteleuropäische Verhältnisse ab unter Hinweis auf die wesentlichen Unterschiede in der Patientenpopulation (Vietnamveteranen, Einwanderer, Ghettobevölkerung) und in den sozialen Verhältnissen. Eine sehr sorgfältig durchgeführte Untersuchung aus Schweden (Gunne und Grönbladh 1981) bestätigt hingegen ebenfalls die Nützlichkeit der Methadonbehandlung in europäischen Verhältnissen: Eine Gruppe von 34 körperlich gesunden Drogenabhängigen zwischen 20 und 24 Jahren ist durch Randomisierung zwei Behandlungsarten zugewiesen worden. Die erste Gruppe wurde ins Methadonprogramm aufgenommen, während die Kontrollgruppe die Wahl einer stationären Behandlung hatte und während der nächsten zwei Jahre von einer Methadonbehandlung ausgeschlossen war. Alle Patienten der Kontrollgruppe verweigerten jedoch die Behandlung. Nach zwei Jahren Behandlungszeit waren 12 Methadonpatienten erfolgreich im Programm und hatten zu arbeiten angefangen, 5 hatten wiederholt Rückfälle in die Drogensucht. In der Kontrollgruppe war nur ein einziger Patient drogenfrei und arbeitete, während 12 weiterhin drogensüchtig waren, von denen drei tödlich erkrankt, zwei im Gefängnis und zwei weitere Patienten gestorben waren. Der Erfolg der Methadongruppe war beständig, wie eine weitere Katamnese nach sieben Jahren zeigte.

Da der Erfolg der ambulanten Behandlung von Heroinsüchtigen sehr schlecht ist und ihre Verweildauer in der psychotherapeutischen Behandlung in 90 % der Fälle weniger als 6 Monate (in 95 % weniger als 12 Monate und in 100 % weniger als 18 Monate) beträgt (Sheffett et al. 1980), scheint die Methadonabgabe de facto die einzige Möglichkeit, Heroinsüchtige ambulant therapeutisch zu behandeln. Der problematischste Aspekt der Methadonbehandlung ist ihre Beendigung mit der Entwöhnung. Die Erfolgchancen für Drogenfreiheit 5-10 Jahre nach der Methadonentwöhnung wurden von Dole und Joseph (1978) selbst nach langjähriger Behandlungsdauer auf 35 % geschätzt. Die Erfolgsrate korrelierte hoch mit dem Grad der sozialen Anpassung und der Länge der Behandlung. Patienten, die das Programm nicht ordnungsgemäss beendigten, hatten nach dieser Untersuchung äusserst geringe Erfolgchancen (1-2 %). Es hat sich jedoch gezeigt (Uchtenhagen und Zimmer 1985), dass jede, also auch eine abgebrochene Behandlung, langfristig die Heilungswahrscheinlichkeit der Suchtkrankheit erhöht.

Untersuchungsgruppe und Datenerhebung

Wir untersuchten insgesamt 38 Patienten, wovon 14 im Drop-in «Züri Oberland» in Wetzikon, 5 im Ambulatorium Oerlikon, 12 in der Jugendberatungsstelle in Winterthur und 7 von Hausärzten betreut werden. Alle sind sie schon mindestens ein Jahr lang im Methadonprogramm und altersmässig normalverteilt zwischen 23 und 39 Jahren (Durchschnittsalter 30, Standardabweichung 4). Ein Fünftel der Patienten (8) sind Frauen.

Um grösstmögliche Zuverlässigkeit der Information zu erreichen, wurden über jeden Patienten Daten aus drei unabhängigen Quellen erhoben, nämlich über ein persönliches Interview mit dem Probanden, über eine Blut- und Urinprobe sowie über eine Befragung seines Hauptbetreuers. Dem Patienten wurde über seinen Betreuer ein Brief von uns zugestellt mit der Anfrage, ob er bereit sei, sich für ein Forschungs-Interview und eine Blutentnahme zur Verfügung zu stellen.

Als erstes wurde mit dem Patienten ein semi-strukturiertes Interview durchgeführt. Der Interviewerin war nichts darüber bekannt, ob der betreffende Patient die Indikationskriterien erfüllte oder nicht. Die Interviewerin kannte die Reihenfolge der Fragen auswendig, weil uns sehr daran gelegen war, im Interview eine möglichst entspannte, vertrauensvolle Atmosphäre entstehen zu lassen. Selbstverständlich hatte der Patient die Möglichkeit, Antworten zu verweigern. Die Reihenfolge der Fragen war darauf ausgerichtet, das Vertrauen langsam aufzubauen und den Patienten am Schluss des Interviews wieder etwas zu entlasten, indem das Erleben der Interviewsituation selbst diskutiert wurde. Folgende Fragen wurden (in dieser Reihenfolge) ins Gespräch eingebracht: Zufriedenheit mit dem Methadonprogramm, Berufstätigkeit und Wohnsituation des Patienten, die sozialen Beziehungen des Patienten und sein Umgang mit Konflikten und Problemen, Alkohol-/Marihuanakonsum, eventuelle Rückfälle in Prostitution und Kriminalität, Nutzen der therapeutischen Gespräche.

Unmittelbar nach dem Interview wurde dem Patienten von einer anderen Person Blut entnommen und, falls nicht schon vorhanden, auch eine Urinprobe. (Man beschränke sich darauf, nur diese eine Urinprobe auszuwerten, um den Aufwand der Betreuer in zumutbarem Rahmen zu halten.) Danach erst wurde der Patient zu seiner therapeutischen Laufbahn und Suchtgeschichte befragt. Die Urinprobe wurde auf Spuren von Tranquilizern, Opiaten und Cocain untersucht. Die Blutprobe diente der Erfassung von allfälligen infektiösen Krankheiten und des Leberstatus' des Patienten.

Schliesslich wurden Auskünfte beim Hauptbetreuer des Patienten eingeholt. Gefragt wurde das Ausmass der psychischen Störung des Patienten, seine ICD-Diagnose, die Zufriedenheit des Betreuers mit der Methadonbehandlung des Patienten, Alkohol-/Marihuanakonsum und Kriminalität/Prostitution des Patienten, die Beziehung des Behandelnden zum Patienten, der Umgang des Patienten mit Konflikten und Problemen und seine Kooperation in den therapeutischen Gesprächen.

Therapieverlauf

Zur sozialen Situation der Patienten

Nach einer im Minimum einjährigen Behandlung im Rahmen des Methadonprogramms stellt sich die *Wohn- und Berufssituation* der Patienten wie folgt dar: Zwei Patienten (5 %) sind obdachlos, acht (21 %) haben entweder einen häufigen Wohnortwechsel oder sind bei den Eltern geblieben, die andern 28 haben seit mindestens einem Jahr eine feste Wohnung oder ein Zimmer. 25 Patienten (66 %) sind seit mindestens sechs Monaten am gleichen Arbeits- oder Ausbildungsort; 9 (24 %) wechseln ihre Stelle oft und 4 (11 %) sind permanent arbeitslos und leben von der Unterstützung der IV oder des Sozialamts.

Fast alle Patienten (34 = 90 %) haben sich von der *Kriminalität oder Prostitution* vollständig distanziert, und zwar übereinstimmend nach ihren eigenen Aussagen und der Meinung ihrer Betreuer. Dies bestätigt die Unfreiwilligkeit der Beschaffungskriminalität bei den meisten Heroinsüchtigen und somit die dringende Notwendigkeit, andere Lösungen zur Eindämmung der Heroinsucht in der Bevölkerung zu finden als Verdrängung der Betroffenen in die Illegalität.

Drei Viertel der Probanden (29) haben eine feste *Partnerbeziehung* oder enge Freunde; 6 (16 %) haben immerhin Kollegen, die sie bei der Arbeit oder in der Wirtschaft treffen, während nur drei (8 %) sich sehr isoliert fühlen.

Diese Zahlen werden vor allem auch interessant im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung, der durch die Untersuchung von Uchtenhagen und Zimmer (1985) möglich geworden ist. Der in dieser Studie beobachtete Trend, wonach sich die soziale Integration der ehemaligen Drogensüchtigen durch das Methadonprogramm sehr stark der Norm

der übrigen gleichaltrigen Jugendlichen nähert, kann von uns vollumfänglich bestätigt werden. Einziger Unterschied zur Normalbevölkerung bleibt der von uns nicht erfasste Bildungsmangel der Ex-Fixer, die oft wegen der Sucht eine Berufslehre oder eine weiterführende Ausbildung verpasst haben.

Zur Compliance und Behandlungsfähigkeit

Zwei Drittel der Untersuchten (25) sind sehr zufrieden mit dem Methadonprogramm und planen, später ganz ohne Methadon zu leben. 7 (18 %) sind zufrieden, können sich aber ein Leben ohne Methadon nicht mehr vorstellen, während 6 eher unzufrieden sind und das Methadon als das kleinere Übel dem Fixen vorziehen (im Vordergrund stand dabei die Kritik an der täglichen, kontrollierten Abgabe). Die Patienten können ihre Methadondosis bis zu einem oberen Limit selber bestimmen. Die individuellen Dosierungen schwankten in unserer Stichprobe zwischen 10 und 80 mg pro Tag. 23 Patienten sind zwischen 1 und 3 Jahren im Methadonprogramm, 15 sind schon 3,5 bis 10 Jahre im Programm. Die Betreuer fanden bei 26 Patienten (68 %) die Behandlung sehr sinnvoll, bei 8 (21 %) manchmal fragwürdig. 4 Patienten (10 %) geht es (zum Teil körperlich) so schlecht, dass ein Behandlungsabbruch nicht in Betracht gezogen werden kann.

Die begleitenden Therapiegespräche werden von 20 Patienten (53 %) als hilfreich und nützlich für die längerfristige Verbesserung ihrer psychischen Problematik empfunden. 11 (29 %) kommen zu den Gesprächen, um den Anforderungen des Programms Genüge zu tun oder wenn es ihnen schlecht geht, während 7 (18 %) die Gespräche sinnlos finden. Auch wenn die Begeisterung der Patienten für die therapeutischen Gespräche nicht überwältigend scheint, darf man nicht vergessen, dass viele von ihnen im Grunde doch sehr gerne in die Therapie kommen und dort auch Fortschritte machen, dies aber, um ihre Selbstachtung und ihr Unabhängigkeitsgefühl zu schützen, nur schwer eingestehen können. Nach Aussagen der Betreuer kommen 22 Patienten (58 %) regelmässig zu den Gesprächen und 16 (42 %) kommen unregelmässig, zum Beispiel, wenn es ihnen schlecht geht. 14 Patienten (36 %) konnten ein durchgehendes Arbeitsbündnis aufbauen und zeigen Krankheitseinsicht (wie es bei neurotischen Patienten üblicherweise der Fall sein sollte). 15 Methadonpatienten (40 %) sind gelegentlich zu Einsichten bereit, nur 9 (24 %) haben einen permanenten starken Widerstand gegen Psychotherapie.

Die Bereitschaft, zwischenmenschliche Konflikte konstruktiv anzugehen, hat sich (vermutlich durch die Therapiegespräche) auch sehr derjenigen der Normalbevölkerung angeglichen, das heisst, die aggressiven und selbstdestruktiven Verhaltensweisen sind zugunsten der kognitiven und beziehungsorientierten zurückgegangen. Tabelle 1 zeigt, dass diesbezüglich die Einschätzung der Betreuer etwas pessimistischer ausfällt als diejenige der Patienten: sie halten die Vermeidung einer bewussten Auseinandersetzung für verbreiteter als die Betroffenen selbst.

Tabelle 1: Modus der Konfliktverarbeitung (Selbst- und Fremdeinschätzung)

Patienten Urteil	Betreuer Urteil			
	denkt nach, spricht darüber %	"frisst in sich hinein" %	aggressiv beschuldigend %	nimmt Drogen %
denkt nach				
spricht darüber	66	68	66	0
"frisst in sich hinein"	25	31	16	25
aggressiv beschuldigend	0	0	16	25
nimmt Drogen	8	0	0	50
N = 100%	12	16	6	4

Von den Urinproben fielen 26 (70 %) negativ aus, 11 waren positiv, und zwar 4 auf Opiate oder Cocain, 1 auf Barbiturate, 1 auf Amphetamine und 5 auf Benzodiazepine. Wie Tabelle 2 zeigt, liegt die Eigeneinschätzung der Patienten bezüglich des Konsums von Alkohol und Marihuana in der Regel nahe am Urteil ihrer Betreuer, wenn auch die Betreuer etwas skeptischer sind. Wir haben allerdings guten Grund anzunehmen, diese Skepsis sei nicht immer berechtigt. Es hat sich nämlich gezeigt, dass bezüglich der Abstinenz von Alkohol und Marihuana die Angaben der Patienten besser mit den Resultaten der Urinproben übereinstimmten als die Einschätzung seitens der Betreuer. Dies galt insbesondere für Probanden mit negativem Urinbefund.

Tabelle 2: Alkohol- und Medikamentenkonsum (Selbst- und Fremdeinschätzung)

Patienten Urteil	Betreuer Urteil		
	nie %	gelegentlich %	täglich %
nie	70	50	-
gelegentlich	30	33	40
täglich	-	16	60
N = 100%	10	18	10

Der Eindruck vieler Betreuer, es stelle sich bei manchen Methadonpatienten mit der Zeit Alkoholismus ein, wird durch diese Zahlen und auch wiederum durch den Vergleich mit den anderen, sogenannten normalen Jugendlichen korrigiert: nach Uchtenhagen und Zimmer (1985) nehmen 26 % der jungen Erwachsenen täglich Alkohol, 10 % täglich andere Drogen (Haschisch, LSD, Medikamente) zu sich, während 68 % zumindest gelegentlich Alkohol konsumieren.

Zur Krankengeschichte der Patienten

13 Patienten (34 %) – ein beachtlicher Prozentsatz – litten vor der Heroinsucht schon mindestens ein Jahr lang an einer anderen Abhän-

gigkeit (zum Beispiel Medikamente). Die Heroinsucht setzt erfahrungsgemäss in der Adoleszenz ein. 19 Probanden (50 %) waren noch nie im Gefängnis, während 10 (26 %) im Laufe ihres Lebens insgesamt schon mehr als 12 Monate lang inhaftiert gewesen sind.

Nur ein Patient hatte sich schon im ersten Jahr seiner Heroinsucht in eine fachlich geführte Behandlung begeben. 25 Patienten (66 %) hatten ihre erste Behandlung frühestens 3 Jahre nach Beginn der Heroinsucht aufgesucht. Darin widerspiegelt sich die Tatsache, dass in der Anfangszeit der Sucht ihr Gewinn als (missglückter) Selbstheilungsversuch den durch die Abhängigkeit bedingten Leidensdruck bei weitem übertrifft.

Die Betreuer schätzten 14 von ihren Patienten (37 %) als eher leicht gestört ein, im Sinne einer Neurose oder einer Adoleszenzkrise. Die gleiche Anzahl wurde als eher mittelschwer gestört eingestuft (Charakterneurose, leichtere Borderline- oder narzisstische Störung). 10 Patienten (26 %) wurden als schwer gestört, nämlich bindungsunfähig, präpsychotisch oder stark suizidal beurteilt. Nicht alle Betreuer wollten oder konnten eine Diagnose für die der Sucht zugrundeliegende Persönlichkeitsstörung angeben. Immerhin kann man aufgrund der vorliegenden Angaben davon ausgehen, dass kein Patient an einer Schizophrenie oder an einer organischen Psychose leidet. Die am weitesten verbreitete Grundstörung der Opiatabhängigen ist in unserer Stichprobe die Depression, woran offenbar 42 % der diagnostizierten Patienten leiden.

Wie Tabelle 3 zur Aufenthaltsdauer in stationären Drogenkliniken zeigt, hat die Hälfte unserer Methadonpatienten eine oder gar keine stationäre Entzugsbehandlung versucht. 12 Patienten hatten bereits mehr als 4 verschiedene stationäre Therapien versucht, 3 Patienten sogar mehr als 10!

Tabelle 3: Gesamtdauer vorangegangener stationärer Therapien

Monate	Anzahl Personen	Anteil
0	13	33 %
1	6	17 %
2-6	6	17 %
8-48	13	33 %

Therapieerfolg

Zur Messung des Therapieerfolges wurden die Antworten auf die oben erwähnten (offenen) Interviewfragen vom Interviewer verkodet. Diese Einzelkriterien wurden später nach verschiedenen Aspekten (soziale Integration, Suchtmittelkonsum, therapeutisches Bündnis) gruppiert. In einem ersten Analyseschritt wurden diese Erfolgskriterien auf ihre Abhängigkeit von den (anamnestischen) Indikationskriterien (Alter, stationäre Behandlung und Suchtgeschichte) überprüft.

In einem zweiten Schritt wurde nach Zusammenhängen zwischen Parametern der laufenden Behandlung und dem Therapieerfolg gefragt.

Einfluss von Alter und Geschlecht

Zunehmendes Alter hat einen signifikant ($p < .10$) guten Einfluss auf die Arbeits- und Beziehungsfähigkeit der Patienten. Dies bestätigt einmal mehr die These von Uchtenhagen und Zimmer (1985), dass die Störung der Heroinsüchtigen mit dem Älterwerden einer Selbstheilungstendenz unterworfen ist und dass es darum sinnvoll ist, diese Jugendlichen mit allen Mitteln über die kritische Zeit hinwegzutragen. Bezüglich der anderen Kriterien, wie Selbständigkeit im Wohnen, Konfliktfähigkeit, Compliance in der Behandlung und allfälliger Suchtmittelmissbrauch, konnte kein Zusammenhang mit dem Alter festgestellt werden.

Die Frauen unter den Patienten haben signifikant ($p < .10$) engere Beziehungen und sind weniger vereinsamt als die Männer. Übereinstimmend in der eigenen Einschätzung und derjenigen ihrer Betreuer sind die Frauen signifikant zuverlässiger in der Abstinenz von Haschisch und Alkohol. Nur eine einzige Frau von 8 hatte eine positive Urinprobe, während bei den Männern der Prozentsatz doppelt so hoch lag. In den andern Bereichen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede, die Frauen sind also punkto Arbeitsfähigkeit, Konfliktverarbeitung oder therapeutischem Bündnis nicht erfolgreicher als die Männer.

Einfluss des Krankheitsverlaufs und früherer Behandlungen

Die *Schwere der Störung* des Patienten erscheint für die Arbeitsfähigkeit ($p < .05$) und die Selbständigkeit im Wohnen ($p < .10$) signifikant. Ebenso haben die weniger schwer gestörten Patienten eine positivere Einschätzung ihrer Konfliktverarbeitungsfähigkeit und ihrer therapeutischen Motivation, sie haben auch signifikant ($p < .05$) weniger Suchtmittelmissbrauch, wie sich anhand der Urinproben zeigte.

Die *Dauer der Sucht* scheint geringfügig die eigene Wahrnehmung des Suchtmittelmissbrauchs zu beeinflussen, nicht aber die Fremdeinschätzung durch die Betreuer. Je weniger Jahre die Heroinsucht bis zur ersten Behandlung gedauert hatte und je weniger lang jemand vor dem Heroin von einer anderen Substanz abhängig gewesen war, desto optimistischer war der Patient in bezug auf die eigene Abstinenz. Die Befunde der Urinkontrollen erwiesen sich jedoch als von der Dauer der Sucht unabhängig. Das Bestehen einer anderen Sucht vor der Heroinsucht hatte einzig auf die Fähigkeit, selbständig längerfristig ein Domizil zu halten, einen etwas ungünstigen Einfluss.

Lange *Gefängnisaufenthalte* zeigten negative Konsequenzen in der Selbständigkeit im Wohnen und in der Beziehungsfähigkeit der Betroffenen. Positive Effekte zeigten sie dagegen absolut keine.

Die Anzahl und Länge stationärer *Behandlungen vor dem Methadon* zeigte wenig Relevanz: immerhin erwies sich die Eigeneinschätzung

der Patienten in bezug auf ihre Abstinenz und die Betreuerwertung ihres Konfliktverhaltens als positiver bei Patienten mit grosser WG-Erfahrung. Unsere Auswahl von Patienten (die einerseits durch therapeutische WGs nicht von der Heroinsucht loskamen, andererseits diese gar nie versucht hatten, vgl. Tabelle 3) führt natürlich dazu, dass andere günstige Auswirkungen stationärer Therapien hier gar nicht zum Tragen kommen.

Zum Therapieerfolg in Abhängigkeit der laufenden Behandlung

Mit zunehmender Dauer der Methadonbehandlung zeigte sich eine signifikante ($p < .10$) Verbesserung in der sozialen Situation der Patienten (Arbeit, Wohnen und Beziehungen).

Die Anzahl von Unterbrechungen im Methadonprogramm schien sich auf die soziale Situation nicht negativ auszuwirken. Die Versuche eines Patienten, sich vom Methadon zu lösen, dürften also auch bei Nichtgelingen keine nachteiligen Konsequenzen haben, unter der Voraussetzung, dass die Rückkehr ins Programm ermöglicht wird. Regelmässiges Erscheinen des Patienten erwies sich jedoch für die optimistische Einschätzung der Konfliktverarbeitungsstrategien durch Patienten und Betreuer als relevant und natürlich ebenso für die Behandlungsmotivation des Patienten.

Das Resultat der Urinprobe, als Indikator der Compliance verwendet, kann als bedeutsamste Determinante des Therapieerfolgs gelten (Signifikanz: $p < .05$): Patienten mit negativer Urinprobe sind selbständiger im Wohnen, haben bessere Beziehungen (unter anderem auch zum Therapeuten), wurden als weniger schwer gestört eingestuft und sind auch williger, Konflikte konstruktiv auszutragen.

Die subjektive Beziehung des Betreuers zum Patienten ist signifikant ($p < .01$) determinierend für den Fortschritt im psychodynamischen Bereich, das heisst, für die Fähigkeit des Patienten, Konflikte auszutragen sowie für seine Behandlungsmotivation und Krankheitseinsicht. Sie wirkte sich jedoch nicht auf die soziale Situation oder die Suchtmittelfreiheit aus. Gerade umgekehrt verhielt es sich mit der objektiveren Einschätzung der therapeutischen Motivation des Patienten. Eine gute Motivation wirkte sich signifikant ($p < .05$) auf die Arbeitsfähigkeit und die Suchtmittelfreiheit aus und beeinflusste die Konfliktverarbeitungsfähigkeit weniger. Die Tatsache, dass Patienten bezüglich ihrer sozialen Situation trotz mittelmässiger Beziehung zum Betreuer erfolgreich sein können, spricht für ihre Willensstärke in der Behandlung. Damit aber ein echtes psychotherapeutisches Bündnis zustandekommt, ist die gegenseitige Beziehung von grundlegender Bedeutung.

Schlussfolgerungen

Unter dem Druck der exponentiellen Verbreitung von AIDS werden in der nächsten Zeit die Indikationskriterien für die Methadonbehandlung erheblich gelockert werden müssen. Weil mit der Einhaltung der Indikationskriterien die Vorstellung eines Therapieerfolgs

verbunden ist, weckt der Gedanke an eine Abweichung von quasi bewährten Regeln ungute Gefühle. Dem stehen die Ergebnisse unserer Untersuchung entgegen: So konnten wir bei unseren 38 Patienten die Relevanz des früher geltenden Indikationskriteriums, des stationären Behandlungsversuchs, als sehr beschränkt einstufen. Auch sonst fanden wir wenige Anhaltspunkte in der Krankengeschichte der Patienten, die sich als neue Kriterien eignen würden, ausser der Feststellung, dass Frauen in der Regel bessere Erfolgchancen im Methadonprogramm haben. (Es ist anzunehmen, dass dies mit der Befreiung von der Prostitution zusammenhängt.)

Hingegen sind wir aufgrund der therapeutischen Erfahrung überzeugt, dass die Durchführung des Programms wie bisher beibehalten werden sollte, denn der entscheidende Faktor in der Behandlung der Heroinsüchtigen ist ein festes Setting mit kontrollierter Abgabe und regelmässigen Begleitgesprächen. Unsere Untersuchung konnte das Erfahrungswissen nun auf eine gesicherte empirische Basis stellen: wir konnten nachweisen, dass für das Gelingen der Methadonbehandlung und somit für die Rehabilitation des früheren Heroinsüchtigen die Beziehung zwischen Therapeut und Patient und dessen Abstinenzverhalten ausschlaggebend sind. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit den Resultaten der übrigen Psychotherapieforschung, die herausgearbeitet hat, dass Prozessvariablen gegenüber diagnostischen und anamnestischen Kriterien vor Beginn der Behandlung den Vorrang haben.

Wir sind uns bewusst, dass der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu einem Süchtigen keineswegs eine leichte Aufgabe ist; nicht umsonst scheuen viele davor zurück. Zu den Schwierigkeiten gehört zum Beispiel das Standhalten trotz massiven Drucks des Süchtigen, ihm irgendwelche Ausnahmen zu bewilligen. Auch ist es nicht leicht, mit der zeitweisen Unehrllichkeit gewisser Patienten so umzugehen, dass die Wahrheit doch auf den Tisch kommt. Denn nur so kann die Beziehung verbessert und einer gegenseitigen Enttäuschung vorgebeugt werden. Zur Bewältigung dieser Probleme erweist sich die Supervision als grosse Hilfe, geschehe dies einzeln oder in einer Balintgruppe.

Da wir grundsätzlich dafür eintreten, dass einem Heroinsüchtigen die Chance der Methadonbehandlung nicht aus irgendwelchen formellen Gründen verweigert wird, scheint es uns richtig, hier auch den Umgang mit Behandlungsmisserfolgen zu erwähnen. Bei Patienten, die sich durch extrem polytoxikomanes Verhalten respektive gleichzeitiges «Dreifixen» stark gefährden, können sich – so zeigt die Erfahrung – ein stationärer Tabletten- und Alkoholentzug unter Methadon oder gegebenenfalls eine Sistierung des Methadons sehr positiv auswirken. Zu einem späteren Zeitpunkt kann dann eine erneute Aufnahme ins Methadonprogramm günstiger verlaufen. Bei jüngeren Patienten kommt auch eine Wohngemeinschaft als Therapie der Wahl nach einer missglückten Methadonbehandlung in Frage.

Erstaunlicherweise konnten auch Patienten beobachtet werden, die trotz freiwilligem oder unfreiwilligem Abbruch der Methadonbe-

handlung ohne weitere Therapie relativ abstinenter leben können und denen es psychisch sehr viel besser geht als vor und während dem Programm. Dazu ist anzumerken, dass in allen Psychotherapien Behandlungsabbrüche nicht mit Behandlungsmisserfolgen gleichgesetzt werden dürfen, insbesondere bei Patienten mit ausgeprägter Autonomieproblematik.

Die vorangehenden Ausführungen sollten aber keineswegs die Behandlung der Drogenpatienten als unmachbar darstellen, denn die erwähnten Schwierigkeiten treten nur bei einem Bruchteil von Patienten (zirka 10 %) auf und bilden nicht die Regel. In vielen Fällen sieht der Betreuer selber, sei er Hausarzt, Psychologe oder Psychiater, seine geduldigen Bemühungen von Erfolg gekrönt. Diese und ähnliche empirische Arbeiten der letzten Jahre zeigen durch den Nachweis der grossen Therapieerfolgsquote neben dem Willen der ehemaligen Drogensüchtigen nicht zuletzt die grossen Verdienste derjenigen auf, die sich ihrer annahmen, als die Prognose fälschlicherweise noch als schlecht galt.

Summary

Therapy success among methadon patients with varying indications

Thirty-eight patients of Methadon maintenance programs in the Canton of Zurich, and their caretakers, were interviewed in order to test the relevance of indication criteria for a Methadon treatment. The data do not give any indication as to anamnestic or diagnostic criteria which substantially determine the success of the treatment. Also the importance of the earlier compulsory indication criteria, notably the previous trial with stationary treatment is thereby relativized by those findings. However, they do show that elements of the current treatment such as abstinence, motivation for the treatment, relationships between patient and caretaker, are more important for the success of the treatment. Based on those results, a slackening of indication criteria could be envisaged, provided that certain conditions, especially a stable therapeutic setting, with controlled supply and regular discussions are maintained.

Résumé

Succès thérapeutique chez des patients sous méthadone avec différentes indications

Dans le but d'examiner la pertinence des critères aboutissant à l'indication d'un traitement à la méthadone, 38 patients des programmes méthadone du canton de Zurich et leurs soignants furent interviewés. Les données ne permettent pas d'identifier des critères liés à l'anamnèse ou au diagnostic qui déterminent grandement le succès du traitement. Les résultats relativisent également la signification du critère qui autrefois tenait lieu d'indication pour le traitement à la méthadone, notamment la tentative de traitement stationnaire précédente. Par contre, il s'avère que des paramètres du traitement en cours tels que l'abstinence, la motivation au traitement et la relation soignant-soigné soient plus significatifs eu égard au succès du traitement. Sur la base de ces résultats, on peut envisager un assouplissement des critères d'indication, tout en conservant les conditions d'application valables jusqu'ici, surtout un cadre thérapeutique fort avec remise contrôlée et discussions d'accompagnement régulières.

Literaturverzeichnis

- Baur W. 1983: Empirischer Vergleich von Methadonpatienten mit zeitlich begrenzter und zeitlich unbegrenzter Indikation. Med. Diss. Universität Zürich.
- Bundesamt für Gesundheitswesen 1984: Methadonbericht. Beilage zum Bulletin.
- Deglon J. 1982: Le traitement des Heroinomanes par la Methadone. Edition Médecine et Hygiène.
- Dole V.P., Joseph H. 1978: Longterm outcome of patients treated with methadone maintenance. Annuals of the New York Academy of Science, 311, 181-189.
- Dole V.P., Nyswander M. 1965: A medical treatment for diacetylmorphine (heroin-) addiction. J. American Medical Association, 193, 646-650.
- Gmür M. 1981: Die Methadonbehandlung von Heroinfixern. Psychiatrische Praxis, 8 (2), 54-59.
- Gunne L., Grönbladh L. 1981: The Swedish methadone maintenance program: a controlled study. Drug and Alcohol Dependence, 7 (3), 249-256.
- Rambert B. 1985: Zur Behandlung von Drogenabhängigen mit Methadon. Med. Diss. Universität Zürich 1980.
- Sells S.B., Simpson D.D. 1980: The Case for drug abuse treatment effectiveness, Based on the DARP Research Program. British Journal of Addiction, 75, 117-131.
- Sheffet et al. 1980: Assessment of treatment outcomes in a drug abuse rehabilitation network: Newark, New Jersey. American J. of Drug and Alcohol Abuse, 7 (2), 141-173.
- Textor C. 1984: 6-Jahres Katamnese von 14 ehemaligen Methadonpatienten. Med. Diss. Universität Zürich.
- Uchtenhagen A., Zimmer-Höfler D. 1985: Heroinabhängige und ihre «normalen» Altersgenossen. Bern. Haupt.
- Weber R. 1983: Empirische Katamnese der Methadonbehandlung Opiatabhängiger bei Hausärzten im Kanton Zürich. Med. Diss. Universität Zürich.

Korrespondenzadresse:

Dr. A. Erlanger, Psychiatrisches Zentrum Wetzikon, Spitalstrasse, CH-8620 Wetzikon.